

ACUERDO DE REEMBOLSO DE SOBREPAGOS

K-BEN 899-A (9-13)

Yo, el suscrito _____ (escriba su nombre completo en letra de molde)

Los últimos 4 dígitos de su número de seguro social XXX-XX-_____ Teléfono: (____) _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

me comprometo a realizar voluntariamente pagos por la cantidad de \$_____ al mes al Departamento Laboral de Kansas para repagar un sobrepago de beneficios de seguro de desempleo. Haré mis pagos en o antes del día _____ del mes, cada mes hasta que el saldo sea pagado en su totalidad. Entiendo que los pagos deben ser recibidos en el Kansas Department of Labor – Benefit Payment Control, 401 SW Topeka Blvd., Topeka, KS 66603-3182 – en o antes de la fecha de vencimiento.

Al firmar este acuerdo, también indico que entiendo y acepto lo siguiente:

- Este acuerdo continuará hasta que mi sobrepago de beneficios de seguro de desempleo hayan sido repagados en su totalidad. Sigue siendo mi obligación de controlar y determinar cuándo se realice el pago final.
- Interés, a una tasa de 1.5 por ciento por mes de acuerdo con K.S.A. 44-719 (2) puede ser adherida en contra de todo o parte del sobrepago restante.
- Mi obligación puede incluir costos de corte y otros costos de la recuperación según lo permita la ley.
- Puedo hacer pagos adicionales o un pre-pago de la totalidad o de cualquier cantidad adeudada en cualquier momento.
- Un pago final bajo este acuerdo puede ser mayor o menor que el pago periódico pero es mi obligación de ponerme en contacto con el Departamento Labor de Kansas para determinar la cantidad final y para hacer cualquier pago pendiente.
- El Departamento de Labor de Kansas no ha acordado no solicitar mi reembolso por cualquier otro medio legal, incluyendo pero no limitado a la presentación de embargos, gravámenes, garantías o acción civil, incluyendo el embargo de los salarios u otros bienes mientras hago los pagos en virtud de este acuerdo.

Al marcar este lugar autorizo al Departamento de Labor del Estado de Kansas para enviarme recordatorios de pago y otra correspondencia sobre este asunto a la siguiente dirección de correo electrónico:

Firma: _____ Fecha: _____

Guarde una copia de este acuerdo para sus registros y envíe por correo la original con su pago inicial a la dirección indicada anteriormente.